

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PARALYSIES RÉCURRENTIELLES

DÉBUTANT PAR LA CORDE DROITE

AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Février 1921

PAR

Marcel AIMÉ

Né à L'Île-d'Yeu (Vendée), le 11 Avril 1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, professeur, *président*.
VEDEL, professeur.
EUZIERE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PARALYSIES RÉCURRENTIELLES
DÉBUTANT PAR LA CORDE DROITE
AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PARALYSIES RÉCURRENTIELLES

DÉBUTANT PAR LA CORDE DROITE

AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Février 1921

PAR

Marcel AIMÉ

Né à L'He-d'Yeu (Vendée), le 11 Avril 1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DUCAMP, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VEDEL, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
		Accouchements	
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	DELMAS (P.)
Histologie	DELMAS (J.)	Chimie	GALAVIELLE
	GRYNFELT	Physique	CABANNES.
			MESTREZAT
			PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, professeur, <i>président</i> .	MM. EUZIERE, agrégé.
VEDEL, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MA FEMME

Gage de profonde tendresse.

A MES SOEURS

A MES BEAUX PARENTS

A MES PARENTS ET AMIS

M. AIME.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
ET DE
LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

M. AIMÉ.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES
PARALYSIES RÉCURRENTIELLES
DÉBUTANT PAR LA CORDE DROITE
AU COURS DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Il est depuis bien longtemps de règle d'admettre que l'anévrysme aortique cause assez souvent une « hémiplegie » du larynx du côté gauche. Au simple aspect d'une corde vocale gauche en position cadavérique, il est possible de poser le diagnostic d'anévrysme de l'aorte. On connaît bien, en effet, surtout depuis Dieulafoy, cet *anévrisme à type récurrent*, constitué par une dilatation parfois fort petite, développée au niveau de la concavité de la crosse, et produisant inévitablement la compression du nerf qu'elle écrase contre la bronche sous-jacente. Cette compression constitue souvent le seul symptôme qui révèle l'existence d'un anévrysme latent.

S'il est classique, en présence d'une paralysie du récurrent gauche, de penser à l'anévrysme aortique, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une paralysie isolée de la corde droite ou d'une paralysie bilatérale. Du reste, lorsque la laryngoplégie par anévrysme débute par la corde droite, elle ne tarde pas à envahir aussi la corde gauche et à devenir bilatérale. Mais il s'agit là de cas extrêmement peu fréquents.

Il est du reste aisé de le comprendre si l'on s'en rapporte aux données de l'anatomie. Pour atteindre le récurrent droit, il faut ou bien que le sac vasculaire soit lui-même très volumineux, ou bien qu'il soit repoussé dans la direction du rameau laryngé, ou émette dans ce sens des diverticules secondaires, ou bien encore qu'il y ait plusieurs ectasies dont l'une, occupant la sous-clavière ou le tronc brachio-céphalique, comprimerait le récurrent droit pour son propre compte. En principe, donc, on comprend que l'anévrysme ne doit affecter que très difficilement le récurrent droit.

Cependant, il existe des cas, en petit nombre il est vrai, où l'on a pu établir l'existence d'un anévrysme aortique ayant respecté le laryngé inférieur gauche et comprimé son homologue droit. Deygas, dans sa thèse, signale un cas qui lui a été rapporté par M. Garel. Celui-ci avait constaté chez un de ses malades l'existence d'une immobilisation de la corde vocale droite. « Le malade présentant en plus une toux de compression caractéristique, M. Garel fit, presque d'impression, le diagnostic de tumeur vasculaire et l'examen radioscopique vint vérifier l'authenticité de cette relation causale dont l'interprétation anatomo-pathologique ne nous semble pas, d'autre part, impossible à concevoir ». Mais, ajoute Deygas « nous ne pouvons par malheur citer que cet exemple, il ne constitue pas cepen-

dant un fait unique et, sur la foi de notre maître, nous croyons pouvoir affirmer l'existence d'observations analogues ».

Ce que Deygas n'a pas suffisamment vu, c'est que, lorsqu'un anévrysme de l'aorte comprime le récurrent droit, il ne tarde pas en général à atteindre aussi le récurrent gauche. Les faits si rares de paralysie récurrentielle droite sont, pour la plupart, des cas de paralysie bilatérale au début. Or, cet auteur signale lui-même que, bien qu'encore fort rare, la paralysie récurrentielle bilatérale est plus fréquente que la paralysie droite isolée. Il en réunit cinq cas dans sa thèse et ce nombre est fort peu considérable, surtout si l'on tient compte de ce que, sur ces cinq cas, trois seulement ont été vérifiés et interprétés par l'autopsie. Depuis Deygas, deux ou trois cas seulement ont été publiés. C'est pourquoi il ne nous a point paru inutile de reproduire une observation qui a été recueillie dans le service du regretté professeur Rauzier, par le docteur Giraud. Bien qu'incomplète à quelques égards, — et en ce qui concerne les constatations nécropsiques en particulier — elle n'en est pas moins extrêmement intéressante puisqu'il s'agissait d'un cas dans lequel seule une paralysie récurrentielle droite est venue révéler l'existence d'un anévrysme absolument latent. La paralysie récurrentielle n'a pas tardé à devenir bilatérale et la radioscopie a vérifié le diagnostic d'ectasie aortique qui, porté sur ce seul signe d'une paralysie laryngée droite, pouvait paraître un peu audacieux.

Nous allons reproduire cette observation, ainsi que quelques autres qu'il est intéressant de rapprocher d'elle, et nous tâcherons ensuite de tirer de cette étude quelques conclusions.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Giraud, chef de clinique -

A. B..., 55 ans, conducteur d'autobus, entre le 5 octobre 1919, dans le service du professeur Rauzier, salle Bichat, lit n° 23. Il est hospitalisé en vue d'une radioscopie du thorax par le docteur Burgues qu'il est allé trouver récemment à cause d'une dysphonie datant de la fin du mois de juillet. Le docteur Burgues a constaté une « paralysie incomplète de la corde vocale droite ».

Jusqu'à la fin de juillet, A... était très bien portant et n'éprouvait absolument aucun trouble. A ce moment-là, il a remarqué l'existence d'une dysphonie d'abord intermittente et légère, bientôt continue et très marquée. Comme il ne souffrait pas et n'éprouvait aucun malaise, le malade ne s'est aucunement préoccupé de cet « enrrouement » et a continué son travail. Un mois après environ, de la dyspnée d'effort est apparue qui est très vite devenue assez marquée pour gêner considérablement le malade. En même temps des douleurs s'installaient dans la poitrine et dans

les épaules, qui n'ont jamais rétrocedé depuis. Vers la fin de septembre A... s'est décidé à consulter un laryngologue; la paralysie de la corde vocale droite constatée à ce moment était encore incomplète mais extrêmement nette.

A l'interrogatoire du malade, lors de son entrée à l'hôpital, on est frappé du caractère extrêmement fruste de la symptomatologie qu'il accuse. En dehors de la dysphonie, de quelques douleurs thoraciques et de la dyspnée, il ne se plaint de rien spontanément. Et les questions qu'on lui pose ne révèlent pas grand chose de plus. Nous apprenons cependant que, bien qu'il n'ait aucune espèce de dysphagie, il éprouve quand il a mangé une sensation très gênante de constriction du cou. Les digestions se font normalement, l'appétit est bon, mais il y a un peu de pituite matinale explicable par les habitudes alcooliques que le malade avoue à demi.

A... ne tousse pas, ne crache pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. Il n'a jamais eu de palpitations. Depuis qu'il souffre des épaules, il dort mal à cause de la douleur, mais il n'a ni cauchemars, ni céphalée, ni aucun trouble nerveux.

Il urine normalement et ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Il n'a pas de fièvre. Depuis le début de sa maladie il a considérablement maigri mais ne peut rien préciser à ce sujet, ne s'étant pas pesé.

Dans ses antécédents, nous ne relevons absolument rien. A... n'a jamais eu ni laryngite, ni bronchite et n'a jamais fait aucune maladie. Il fumait peu, mais buvait beaucoup. Il n'aurait jamais eu la syphilis dont il ne présente du reste aucun commémoratif.

A l'examen, on trouve une respiration absolument normale des deux côtés, il n'existe aucune matité. L'aire cardiaque n'est pas accrue; au palper, on ne note ni thrill, ni

battements anormaux; à l'auscultation, on trouve seulement un léger degré d'asthénie cardiaque sans souffle d'aucune espèce. Bref, rien à l'auscultation ne permet de porter le diagnostic d'ectasie aortique. Mais il existe deux signes fort significatifs à ce point de vue: les deux poulx sont synchrones mais ne sont pas égaux, le droit est beaucoup plus fort que le gauche; et les pupilles sont contractiles mais inégales, la droite plus dilatée que la gauche.

La *radioscopie* montre une hypertrophie cardiaque notable et le cœur paraît légèrement désaxé vers la droite. Au niveau de la crosse, il existe une assez volumineuse ectasie.

La réaction de Bordet-Wassermann est *négative*.

Malgré un traitement mercuriel et ioduré, l'état du malade empire constamment. Le 20 octobre, nous le soumettons à nouveau à l'examen du docteur Burgues qui constate « une paralysie complète et bilatérale des adducteurs et des abducteurs des cordes vocales ». En trois semaines environ, la paralysie récurrentielle, incomplète encore à droite lors du premier examen, s'était complétée du côté droit, était apparue et rapidement devenue complète du côté gauche.

Malgré notre insistance, il nous a été impossible de retenir le malade à l'hôpital et nous ignorons complètement la fin de son histoire. Mais elle n'est que trop facile à deviner.

Cette observation est intéressante, malgré ses lacunes, car elle est remarquablement nette. L'existence d'un anévrysme a été bien nettement établie par la radioscopie et cet anévrysme de l'aorte a comprimé d'abord le récurrent droit et secondairement le récurrent gauche. Il eût été intéressant de vérifier non point l'existence de l'anévrysme mais sa situation exacte qui eût expliqué certainement le début de la paralysie par le côté droit.

OBSERVATION II

(Mollard et Roubier, *Lyon Médical*, 1908)

Anévrysme de l'aorte thoracique avec paralysie récurrentielle bilatérale.
Autopsie : Anévrysme de la crosse aortique avec prolongement de l'ectasie sur le tronc brachio-céphalique.

C. C., 57 ans, employé, entre le 8 octobre 1908, à l'hôpital Saint-Pothin (service de M. Mollard), pour de la dyspnée et des signes de suffocation.

Antécédents. — Mère morte d'affection cardiaque à 66 ans. Père mort à 91 ans. Une sœur morte probablement de bacilliose pulmonaire à 48 ans. Femme et trois enfants bien portants, un enfant mort-né.

Syphilis très probable: le malade a eu un chancre vers l'âge de 20 ans, mais ne peut fournir à ce sujet d'autres renseignements; il ne s'est pas soigné et ne s'est pas aperçu d'accidents secondaires. Il nie l'alcoolisme. Aucune maladie antérieure.

Affection actuelle: elle date d'un mois et demi environ et a débuté par de la dysphagie uniquement pour les aliments solides, pain, viande; c'a été le seul symptôme pendant un mois. Depuis quinze jours, le malade a de la peine à respirer, et depuis trois jours la dyspnée est bien plus vive avec accès de suffocation.

À l'examen, le 9 octobre 1918, dyspnée vive quand le malade est couché, moins forte quand il est assis ou se penche en avant; sensation d'obstacle au passage de l'air au niveau de la région rétro-sternale supérieure. La dysphagie persiste pour les solides; les liquides passent assez bien; pas de régurgitation. Depuis plusieurs jours, toux quinteuse, rappelant la toux de compression. Pas de fétidité de l'haleine.

A l'examen du cou, quelques petits ganglions peu nombreux dans les deux creux sus-claviculaires. Le signe d'Oliver existe.

Aux poumons: sonorité normale; gros cornage; en arrière et en haut, souffle expiratoire dans la partie supérieure des deux poumons, râles de bronchite. La voix du malade ne s'est pas modifiée.

Au cœur, la pointe est dans le cinquième; on ne note rien d'anormal; pouls: 84, régulier; pas de retard de l'un des pouls.

Dilatation bilatérale des veines jugulaires.

Pas de céphalée, ni de vertiges.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. Les pupilles sont égales et réagissent faiblement à la lumière.

Rien à l'abdomen. Pas de température. Pas d'albumine.

10 octobre. — *Examen laryngoscopique* (docteur Lannois). — Des deux côtés les cordes vocales sont en position presque cadavérique; elles se rapprochent encore un peu au moment de la phonation, mais ne s'écartent pas. La paralysie porte donc surtout sur les dilatateurs. Aucune lésion, ni du pharynx, ni du larynx.

Radioscopie: elle montre dans le médiastin la présence d'une masse énorme, saillante de chaque côté, peut-être un peu plus volumineuse à gauche, et animée de battements. Le bismuth avalé passe très facilement.

15 octobre. — Aujourd'hui le signe d'Oliver est très net. Surélévation des sous-clavières. On note toujours des signes de bronchite diffuse des grosses bronches, et en outre à la base gauche des râles bulbaires fins et des frottements pleuraux. La température a un peu monté, et se tient près de 38°.

20 octobre. — On note de l'œdème du membre supérieur

droit et des dilatations veineuses accusées dans la moitié supérieure droite du thorax.

Le cornage a disparu, les accès de suffocation ont diminué; le malade a la voix à peu près éteinte. Toux et expectoration abondantes. Les signes de broncho-pneumonie s'accroissent, sont bilatéraux.

21 octobre. — Mort.

Autopsie. — Les poumons sont le siège, dans leurs deux tiers inférieurs, d'une broncho-pneumonie arrivée à la période de suppuration (poids: 1.150 et 1.470 gr.).

En disséquant soigneusement les organes du médiastin, soudés par un tissu fibreux dense et très adhérents les uns aux autres, on arrive non sans peine à libérer l'aorte qui présente une dilatation considérable de sa portion ascendante, avec épaissement fibro-calcaire de sa paroi, et plus loin sur tout le trajet de sa portion horizontale, une poche anévrysmale grosse comme une mandarine environ. Cette poche, qui est développée surtout aux dépens de la concavité de la crosse, est très adhérente à la partie inférieure de la trachée qu'elle comprime et au niveau de la surface de contact entre les deux organes, la paroi n'est plus formée que par une couche mince de caillots actifs. Le tronc brachio-céphalique est considérablement dilaté, gros comme l'aorte au moins; la poche anévrysmale de l'aorte se continue sur ce tronc artériel. Le tronc veineux brachio-céphalique droit est nettement comprimé. L'œsophage est absolument sain, ne paraît même pas comprimé. Nombreux ganglions trachéo-bronchiques volumineux. Les reins et la rate sont sains en apparence. Autour du foie, nombreuses adhérences; le parenchyme hépatique paraît sain.

Le cœur est un peu flasque, mais ne présente pas de lésions macroscopiques appréciables.

OBSERVATION III

(Mouisset et Deygas, *Thèse Deygas*, Lyon, 1902)

Ectasie de l'aorte. — Tumeur dépassant la fourchette sternale de 4 centimètres à droite. — Symptômes d'insuffisance aortique. — Compression des récurrents. → Aphonie. — Double paralysie glottique. — Myosis surtout marqué à droite. — Compression de la bronche droite. — Obscurité et souffle respiratoire. — Bronchite diffuse bilatérale. — Tuberculose pulmonaire.

B. P..., 41 ans, ménagère, entre, le 13 mars 1902, dans le service de M. Mouisset, salle Sainte-Marie.

La malade est sourde depuis son enfance. L'interrogatoire est des plus difficiles. Toutefois, grâce aux renseignements fournis par la sœur de cette femme, on arrive à apprendre les antécédents suivants :

Pas d'éthylisme. Deux fausses-couches. Pas d'enfants. Mariée deux fois : le premier mari se portait bien, le second est un homme faible qui tousse, a maigri beaucoup, et peut à peine travailler actuellement.

Pas de rhumatisme ; jamais de maux de gorge.

Le début des accidents remonte à trois mois. On ne peut préciser le caractère exact des premiers malaises. La malade tousse beaucoup, surtout depuis un mois, époque à laquelle les phénomènes se sont aggravés. Elle garda dès lors le lit, eut des frissons, de la céphalée et un peu de coryza.

La malade a maigri également beaucoup. Depuis huit jours, toux plus fréquente. En même temps, est apparue une douleur dans le cou et à l'épaule droite sur laquelle la malade insiste beaucoup et qui paraît avoir motivé sa demande d'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, bon état général, mais dyspnée assez considérable au moindre effort. On entend à distance des siffle-

ments dans la poitrine. La toux est fréquente et quinteuse, l'expectoration séreuse et spumeuse avec débris purulents; cette expectoration remonterait à quatre jours seulement.

Aux poumons, sonorité diminuée dans toute la hauteur, des deux côtés, mais surtout à droite. Thorax globuleux; la respiration est partout obscure avec ronchus et râles muqueux, mais le phénomène est ici encore plus marqué à droite. Sous la clavicule de ce côté, sonorité nettement diminuée, respiration obscure, de même que sous la clavicule gauche.

Au cœur, la pointe est notablement déviée; elle bat dans le sixième espace. Choc en dôme, sans frémissement. A l'auscultation souffle diastolique en jet de vapeur, mais très localisé, occupant seulement le bord gauche du sternum, et la partie avoisinant l'appendice xyphoïde. A la pointe, léger roulement présystolique, sans souffle, sans induration du premier bruit, sans dédoublement du deuxième. Pouls de Corrigan.

Double souffle de Durozier.

Battement des carotides.

Au niveau de la carotide primitive droite, immédiatement au-dessus de la clavicule, on trouve une petite tumeur allongée, qui semble faire corps avec l'artère, et animée de battements, comme cette dernière; pas de souffle à l'auscultation, douloureuse au toucher. L'apparition de cette tumeur remonterait, au dire de l'entourage, à un mois et demi.

La pression de toute la moitié droite du cou, ainsi que celle des régions sus-épineuse, sous-claviculaire et de l'espace delto-pectoral du même côté, réveille une vive douleur. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale droite ne sont cependant pas douloureux.

La digestion est bonne, sauf un peu d'anorexie depuis quinze jours, selles régulières.

Foie: matité presque nulle, bien diminuée vers le bas. Le bord inférieur n'est pas perçu.

Pas de matité splénique.

Ne paraît pas avoir présenté de symptômes subjectifs du côté des mictions.

Pas d'œdème des jambes. Réflexes rotuliens normaux.

Température: $37^{\circ}5$, $37^{\circ}7$.

Urines: coloration jaune rouge. Pas d'albumine. Disque rouge.

14 mars. — On constate de plus de la voix bitonale. Rétrécissement pupillaire à droite.

Pouls radial droit un peu plus faible qu'à gauche. Battements visibles à simple inspection sous la clavicule droite.

Expiration prolongée et soufflante dans la fosse sus-épineuse droite et dans l'espace inter-scapulo-vertébral.

17 mars. — Hier, la malade a accusé une difficulté plus grande de la déglutition, et l'on a constaté une tuméfaction du cou prédominant du côté gauche et gagnant l'oreille.

Ce matin, la tuméfaction a diminué, mais elle est encore assez marquée sur la partie médiane et du côté droit, sur une hauteur de trois travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. A ce niveau, battements et très léger souffle systolique et diastolique qui ne paraît pas se passer sous l'oreille. La tumeur est très douloureuse au toucher et ne se déplace pas avec les mouvements de déglutition.

19 mars. — Mensuration du cou au niveau de la septième cervicale, donne 43 centimètres.

La malade qui avait la voix bitonale ces jours derniers, se trouve ce matin complètement aphone. M. Garel appelé

pratique un examen laryngoscopique et constate que les deux cordes vocales sont l'une et l'autre immobiles, en position cadavérique. La glotte forme un triangle dont le côté gauche est légèrement incurvé; dans sa partie postérieure, elle semble mesurer environ un millimètre et demi.

26 mars. — La mensuration du cou ne donne plus que 42 centimètres. Cette diminution de volume paraît résulter de la diminution de l'empâtement périphérique, mais la tumeur elle-même garde ses dimensions et présente des battements plutôt plus marqués.

A la base droite, submatité sur une hauteur d'un bon travers de main; double souffle tubaire, perçu jusqu'à la pointe de l'omoplate et se continuant avec le souffle expiratoire signalé plus haut. Température: 38°3.

31 mars. — La malade est morte hier à 6 heures du soir, la journée avait été normale et n'avait été marquée d'aucun incident particulier; à 6 heures du soir, oppression subite, teinte cyanique généralisée. Il n'y a eu ni douleur au membre supérieur, ni angoisse précordiale. Pas d'expectoration abondante, pas de cornage. La mort est survenue en quelques instants.

Autopsie le 1^{er} avril à 8 h. 30 du matin. — Après incision prolongée jusqu'au niveau de l'os hyoïde, on tombe immédiatement sur une masse du volume d'une mandarine, de consistance charnue, de couleur violacée, qui fait penser au corps thyroïde congestionné et refoulé en avant par la tumeur. A un examen plus attentif, on reconnaît qu'il s'agit du sac anévrysmal. Il occupe la partie à peu près médiane, un peu refoulé à droite. Cependant, dans la région cervicale, le tissu cellulaire lui est intimement uni; il y a, de plus, des bandes fibreuses assez nombreuses qui unissent le derme cutané au sac anévrysmal. Dans le tissu cellulaire, quelques veinules dilatées. On ne constate en au-

un point de traces de rupture dans les parties voisines; d'ailleurs, examiné à ce niveau, le sac anévrysmal ne présente aucune solution de continuité. Au-dessous du sternum, nombreuses adhérences avec le périoste. De même en arrière, points de contact fibreux avec le périoste des vertèbres sans usure de ces dernières, cependant. Dans la région cervicale, le sac paraît être développé en hauteur; comprimé, en effet, à sa partie antérieure par la barrière sternale, il a fusé en haut. La trachée décrit nettement une courbe à concavité tournée du côté droit; l'anévrysme s'est logé dans l'espace cervical inférieur et il a refoulé le conduit aérien du côté gauche; de ce fait, la moitié droite de la trachée est légèrement comprimée, le conduit pourtant ne présente aucun ramollissement de ses anneaux. Incisé, il renferme une quantité considérable de muco-pus qui s'écoule en grande abondance.

Le larynx ne présente pas d'altérations macroscopiques notables; on remarque seulement, comme dans la trachée, beaucoup de muco-pus venu des parties inférieures. Les cordes présentent une couleur blanche; elles sont séparées entre elles par un intervalle d'un millimètre environ.

Quant aux récurrents, seul celui de gauche a pu être suivi; il est refoulé comme la trachée du côté gauche.

Le récurrent droit se perd dans la masse péri-anévrysmale; la dissection en est à peu près impossible.

Le corps thyroïde est petit, scléreux à la coupe; nombreux îlots adénomateux (?) remplis par une masse colloïde. La bronche droite est comprimée et réduite au volume d'un crayon ordinaire.

Examen du sac. — Après avoir défini ses rapports avec les parties voisines, on incise le sac en partant de la base du cœur et en suivant la concavité de l'aorte. On met à nu la cavité du sac qui est remplie d'une grande quantité de

caillots, les uns de coloration brune uniforme, les autres, plus profondément situés, adhérents à la poche, tassés les uns contre les autres; l'un d'eux a le volume d'une mandarine; il est stratifié concentriquement et les strates sont alternativement rouge, violacé et blanc jaunâtre, ces dernières ont l'aspect conenneux. Le collet de chaque côté est bien marqué. Celui plus près du cœur commence à 3 centimètres environ des sigmoïdes. Là, à la paroi normale de l'aorte, succède à pic une modification des tuniques. Le collet distal est composé de même façon: il est situé à un centimètre en dedans du point d'origine de la carotide primitive gauche. La paroi du sac est constituée par une série de feuillet minces, peu résistants, dans lesquels il est impossible de déceler macroscopiquement la présence ou l'absence de telle ou telle tunique. Dans la cavité même du sac, à sa partie presque supérieure, débouche le tronc artériel brachio-céphalique.

L'anévrysme a, dans son ensemble, une configuration sacciforme et le volume général d'une tête de fœtus.

Le reste de l'aorte est d'aspect normal; on note tout au plus sur les parties ascendantes, descendantes ou abdominales, quelques rares îlots athéromateux, sans modifications de l'endocarde, à peine calcifiés.

Cœur: poids, 400 grammes. L'insuffisance aortique n'a pas été recherchée. Les sigmoïdes de cet orifice sont souples, non athéromateuses. Le muscle cardiaque lui-même est macroscopiquement sain, bien coloré, résistant à la déchirure. Quelques caillots cruoriques dans les cavités. Le cœur droit est un peu dilaté dans son ensemble, sans insuffisance tricuspidiennne.

Poumons (droit, 430 grammes; gauche, 600 grammes). Celui de droite a subi, au sommet, une compression légère du sac anévrysmal. A ce niveau, quelques adhérences pleu-

rales, paraissant anciennes et dont on libère difficilement le parenchyme; la plèvre viscérale est épaissie, lardacée et sur une étendue de 3 centimètres environ, existent quatre ou cinq petites cavernes, de la dimension moyenne d'un pois, remplies de pus caséeux et jaunâtre. La zone cavernueuse est bordée à sa partie inférieure par une bande de tissu fibreux. De même, de place en place, au niveau du lobe supérieur de ce poumon, bandes de tissu fibreux, paraissant dues à une tuberculose ancienne. Dans le reste du poumon, état œdémateux du parenchyme. Congestion à la base, allant en certains points jusqu'à la splénisation. Du haut en bas, bronchiolite purulente, très manifeste.

Poumon gauche: quelques bandes de tissu fibreux, au sommet. Pas de tubercules. Pas d'adhérences. Congestion généralisée avec pus dans les bronches de tout calibre. Ganglions anthracosiques, non caséeux, trachéo-bronchiques.

Le foie (1,540 gr.) est d'aspect cyanique: quelques îlots graisseux. Congestion généralisée, béance des veines sus-hépatiques à la coupe. Pas de sclérose. Rien à la vésicule.

Reins (160 gr.) cyaniques également. Pas d'atrophie de la substance; la capsule, non épaissie, se détache assez bien. Pourtant, en pratiquant l'ablation, on arrache en certains points un peu de parenchyme sous-jacent.

Rate (90 gr.), molle et diffluite, sans cyanose marquée.

Cerveau: méninges congestives, sans épaississement, ni adhérences. Pas d'athérome des artères basales. Substances grise et blanche normales.

En somme, l'autopsie a montré l'existence:

1° D'un volumineux anévrysme sacculaire de la crosse ascendante de l'aorte, ayant exercé de multiples compressions de voisinage;

2° Un état athéromateux peu prononcé du vaisseau;

3° Une tuberculose pulmonaire ancienne, ulcéreuse, de l'extrême sommet;

4° L'état asphyxique des viscères.

En aucun point trace de rupture du sac anévrysmal. La raison anatomique de la mort rapide n'a donc pu être fournie par l'examen nécropsique.

Afin de ne pas multiplier outre mesure les observations reproduites par nous, nous allons maintenant résumer brièvement celles qui nous paraissent présenter quelque intérêt au point de vue du sujet qui nous occupe.

BAUMLER. — Paralyse récurrentielle complète à gauche et incomplète à droite. Pas d'autopsie.

MUNK. — Paralyse récurrentielle ayant débuté du côté gauche où elle est complète, plus tardive et incomplète à droite. Pas d'autopsie.

REVAL. — Paralyse bilatérale complète. Pas d'autopsie.

HOPMANN, cité par Félix. — Paralyse bilatérale complète. Pas d'autopsie.

CHANDELUX. — Anévrysme de l'aorte et cancer de l'œsophage. Les récurrents n'étaient comprimés ni l'un ni l'autre par l'anévrysme, mais ils étaient tous deux englobés dans le cancer.

ZIEMSEN. — Paralyse bilatérale (début à gauche) et complète. A l'autopsie, on trouva un anévrysme au niveau de la crosse aortique et un deuxième sur le tronc brachio-céphalique et l'origine de l'artère sous-clavière droite.

MORELL-MACKENZIE. — Paralyse bilatérale incomplète portant sur les dilatateurs de la glotte. Deux anévrysmes à l'autopsie, l'un sur l'aorte, l'autre sur le tronc brachio-céphalique.

FRANKEL. — Paralyse bilatérale complète. A l'autopsie, on trouva un anévrisme placé entre la carotide et la sous-clavière gauches, s'étendant jusqu'à l'isthme de la thyroïde et les deux récurrents étaient soudés aux parois du sac.

CARTAZ. — Paralyse bilatérale des dilatateurs. A l'autopsie, un anévrisme de l'aorte ascendante et tout autour de lui un tissu fibreux abondant comprimant les deux récurrents.

GRINER. — Paralyse récurrentielle bilatérale complète à gauche, incomplète à droite. A l'autopsie, anévrisme volumineux qui, développé en haut et à droite, atteignait le récurrent droit.

ANGLADA. — Paralyse récurrentielle bilatérale, ayant débuté par la corde gauche. A l'autopsie, ectasie générale de l'aorte avec une poche anévrysmale allant de la sous-clavière gauche à la bifurcation de la trachée et comprimant le récurrent gauche; de plus, les vaisseaux carotidiens et sous-claviers étaient dilatés et en plus la sous-clavière droite présentait une induration athéromateuse au niveau du point où elle est contournée par le récurrent droit.

BOINET. — Paralyse récurrentielle bilatérale. A l'autopsie, volumineux anévrisme de l'aorte avec prolongement supéro-latéral droit simulant un anévrisme du tronc brachio-céphalique et proéminent de 3 centimètres au-dessus et en arrière de la clavicule droite; les deux récurrents étaient comprimés par l'anévrisme et les tissus fibreux voisins.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PATHOGENIE

La simple lecture des observations que nous venons de résumer nous montre comment peut se produire la paralysie récurrentielle droite par anévrysme de l'aorte. Il est certain que, dans la localisation habituelle de l'anévrysme aortique, on conçoit très bien l'atteinte du récurrent gauche et fort mal celle du récurrent droit. Il n'est pas, dans l'organisme, de nerf plus mal partagé au point de vue de sa situation et de ses rapports que le nerf récurrent laryngé et c'est ce qui explique la fréquence toute particulière des troubles neuro-moteurs du larynx. Nous reproduirons à ce sujet l'excellente description de Raugé : « Tout d'abord contenus dans le tronc même du pneumogastrique, les filets moteurs du larynx descendent avec lui le long de la région cervicale à l'intérieur de la gaine des vaisseaux. Dans ce trajet, une seule branche, le laryngé supérieur, se dissocie du tronc principal pour se porter vers l'organe phonateur, rameau, d'ailleurs, presque uniquement sensitif, et dont la fonction motrice est destinée au seul crico-thyroïdien. Tous les autres muscles paraissent en quelque sorte oubliés. Ce n'est que beaucoup plus bas, ayant depuis longtemps déjà dépassé l'organe phonateur, que le nerf vague paraît se souvenir de lui et lui envoie, du sommet du thorax, une longue branche rétrograde

qui contient, en un seul faisceau, presque tous les nerfs moteurs du larynx. Et ce long trajet en retour, le récurrent l'effectue seul, isolé dans une région où le menacent fréquemment les dangers pathologiques, où il est pour ainsi dire solidaire des organes qu'il doit côtoyer ».

Le principal péril couru par le récurrent dans le médiastin est dû au voisinage des gros vaisseaux qu'il embrasse dans son anse et contre lesquels il se trouve directement appliqué: aorte pour le récurrent gauche, sous-clavière pour le récurrent droit. On comprend dès lors combien facilement une tumeur ou une simple dilatation vasculaire développée en ces points pourra atteindre les filets nerveux, les comprimer ou les dissocier. Le récurrent gauche est de beaucoup le plus exposé à cause de la prédilection que montre l'anévrysme pour la crosse aortique, et aussi à cause du trajet beaucoup plus long qu'il effectue dans le thorax; il se détache en effet du tronc du vague beaucoup plus bas que ne le fait le récurrent droit.

L'étude de ces connexions anatomiques nous explique la rareté relative de l'atteinte du récurrent droit au cours de l'anévrysme aortique. L'examen des observations que nous avons reproduites ou résumées plus haut, nous donnera la clef de l'atteinte du récurrent droit en nous montrant comment elle peut se produire soit secondairement à celle du récurrent gauche, soit même primitivement.

Cette atteinte peut être produite par trois dispositions anatomiques distinctes:

1° L'existence d'un abondant tissu fibreux péri-anévrysmatique s'étendant jusque dans la région du récurrent droit;

2° Le développement considérable de l'anévrysme, en haut et à droite, ou la présence d'un diverticule de cet anévrysme développé dans la région supéro-latérale droite et atteignant ainsi le récurrent droit;

3° Enfin, la présence d'une double poche anévrysmale, l'une siégeant sur la crosse aortique et comprimant le récurrent gauche, l'autre siégeant sur le tronc brachio-céphalique et l'origine de la sous-clavière droite et comprimant le récurrent droit.

Cette dernière disposition, si nous nous reportons aux observations reproduites, paraît être la plus fréquente. Dans notre cas personnel, l'absence d'autopsie ne nous a pas permis de déterminer la disposition exacte de l'anévrysme. A la radioscopie, il paraissait siéger sur la crosse aortique, mais l'existence d'une deuxième poche ou d'un diverticule de la première ne peut guère se décèler facilement par la radioscopie.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE — DIAGNOSTIC PRONOSTIC

Cette étude sera forcément brève, car nous ne voulons pas passer en revue toute la symptomatologie de l'anévrysme aortique. Nous étudierons celle-ci, seulement dans ses rapports avec la paralysie récurrentielle. De même qu'il n'y a aucune symptomatologie spéciale de l'anévrysme susceptible de produire des lésions récurrentielles, et en particulier des lésions récurrentielles droites, il n'y a aucune symptomatologie spéciale des paralysies récurrentielles dues à l'anévrysme aortique. En d'autres termes, « quand le récurrent est comprimé il réagit d'une façon toute pareille quelle que soit la nature de la lésion qui le comprime. La paralysie laryngée n'est en somme qu'un effet mécanique dont la forme et le degré ne dépendent pas d'autre chose que de la nature et de l'étendue du désordre nerveux survenu dans la conductibilité du nerf. Mais il importe aussi peu que ce trouble soit produit par un anévrysme aortique ou par un cancer œsophagien qu'il importe, lorsqu'un train déraile, que ce soit une pierre ou une poutre qui soit la cause de l'accident. Et de fait, on peut constater qu'une forme symptomatique donnée, adduction ou abduction, peut être indifféremment réalisée par les causes les plus diverses, tandis qu'inversement une seule et même cause, l'hypertrophie thyroïdienne par

exemple, est capable d'engendrer tour à tour toutes les formes fonctionnelles des paralysies laryngées » (Raugé).

Ceci dit, il faut ajouter que la paralysie récurrentielle par anévrysme aortique n'est jamais bilatérale d'emblée. Elle se produit toujours *en deux temps*. Tout d'abord, il y a seulement de la raucité de la voix, qui est *bitonale*. Plus tard *l'aphonie* devient *absolue*. Si l'on examine le larynx au cours du premier stade, on trouve l'une des cordes en position cadavérique, tandis que l'autre est complètement ou à peu près complètement normale. Plus tard, lors du deuxième stade, les deux cordes sont paralysées. Très souvent, le début du premier stade et le début du deuxième stade sont très brusques, constituant un véritable *ictus laryngé*.

Ce que nous venons de dire s'applique à peu près à toutes les laryngoplégies, quelles que soient leurs causes. Voyons maintenant comment ces symptômes s'associent à ceux de l'anévrysme,

Si, chez un malade porteur d'une ectasie aortique, on voit apparaître des accès de dysphagie douloureuse (œsophagisme), des spasmes du pharynx (pharyngisme), on doit penser à une excitation des récurrents produite par l'ectasie et en conclure que celle-ci intéresse leur domaine, ce qui est d'un grand intérêt au point de vue du pronostic. Si l'on voit apparaître des accès de suffocation et de strangulation, ainsi que des troubles de la voix, la conclusion doit être identique.

Lorsque ces troubles apparaissent au cours d'un anévrysme déjà diagnostiqué, ils précisent le pronostic et s'expliquent d'eux-mêmes. Mais fréquemment — et notre observation en est une preuve — ils s'installent en apparence primitivement chez un malade que l'on croyait jusque-là

fort bien portant. C'est ce dernier cas seulement qui peut présenter quelques difficultés de diagnostic.

Les symptômes cliniques étant ceux d'une paralysie récurrentielle, l'examen laryngoscopique doit être fait aussitôt. S'il établit l'existence de la laryngoplégie soupçonnée, il faut penser à l'existence d'une tumeur du médiastin, anévrisme, cancer de l'œsophage ou de la trachée, adénopathie médiastinale ou enfin médiastinite.

On doit alors rechercher soigneusement les signes de l'anévrisme. Parfois cette exploration méthodique révélera l'existence d'un anévrisme latent. Parfois cette exploration restera négative. L'examen de la trachée et de l'œsophage au miroir viendront alors au secours de la clinique. De même et surtout la *radioscopie*, qui établira à peu près sûrement le diagnostic.

Depuis longtemps chacun connaît l'importance de la paralysie récurrentielle *gauche* comme signe avertisseur d'un anévrisme latent. Il est bon de souligner que l'existence d'une paralysie du récurrent droit ne doit pas faire écarter le diagnostic d'ectasie mais doit inciter à essayer de le vérifier. Bien que, dans la majorité des cas, l'ectasie aortique ne comprime pas le récurrent droit, bien que, lorsqu'elle le comprime, elle ne le comprime qu'après avoir atteint le récurrent gauche, il faut savoir que parfois la paralysie récurrentielle droite est due à un anévrisme aortique. Dans notre cas, cette paralysie était même le seul signe clinique de l'ectasie.

Quant au pronostic, l'existence d'une paralysie récurrentielle, droite ou gauche, à plus forte raison bilatérale, l'aggrave beaucoup. On sait la terminaison foudroyante qui survient le plus souvent dans ces cas. Et même si l'anévrisme est petit, même s'il a été bien toléré jusque là, du moment où la paralysie récurrentielle s'installe, les

chances de terminaison rapide sont considérablement accrues.

Il est inutile de parler du traitement. Il n'existe pour ainsi dire pas. Si, dans l'anévrysme aortique, on a parfois de bons résultats du traitement mercuriel et ioduré, ces résultats sont nuls lorsque la laryngoplégie est apparue. Très rares sont les cas où la paralysie récurrentielle a paru rétrocéder et cette rétrocession a toujours été de courte durée.

CONCLUSIONS

I. — La paralysie récurrentielle droite est très rare au cours des anévrysmes de l'aorte mais elle peut exister néanmoins. On peut en relever une douzaine de cas authentiques, dont certains vérifiés par l'autopsie.

II. — S'il est un peu plus fréquent de rencontrer cette paralysie droite secondaire à une paralysie gauche, il est très rare que le début de la laryngoplégie se fasse du côté droit.

III. — Dans ce cas, il existe soit de la médiastinite scléreuse péri-anévrysmatique comprimant le récurrent droit, soit un anévrysme très volumineux, soit un diverticule latéro-supérieur droit de l'ectasie, soit une double ectasie, l'une sur la crosse, l'autre sur le tronc brachio-céphalique à l'origine de la sous-clavière.

IV. — L'existence d'une paralysie récurrentielle aggrave considérablement le pronostic de l'anévrysme, même si celui-ci est petit et à symptômes peu accusés.

BIBLIOGRAPHIE

- DEYGAS. — Thèse Lyon, 1902.
- BAÜMLER. — *Deutsch. Archiv. für Klin. Med.*, 1866.
- MUNK. — *Deutsche Klinik*, 1861.
- REVAL. — *Ann. mal. du larynx*, 1904.
- FÉLIX. — *Sem. méd.*, 1905.
- CHANDELUX. — *Lyon méd.*, 1875.
- ZIEMSEN. — *Deutsch. Arch. für Klin. med.*, Bd IV.
- FRANKEL. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1890.
- CARTAZ. — *Arch. de laryngol.*, 1891.
- CANTONNET. — Syndrome oculosympathique incomplet, seul sympt. clin. d'un anévr. aortique. *Bull. Soc. ophtal.*, Paris, 14 janv. 1908.
- MOLLARD (J.) et ROUBIER (Ch.). — Anévrysme de l'aorte thorac. avec paral. récurr. bilatérale. *Lyon méd.*, 1908, p. 989. *Soc. méd. hôp.*, nov. 1908; *Résumé des Arch. de Vaquez*, 1909, p. 177.
- BABONNEIX et BARON. — Compr. du tronc brachio-céphal. droit par anévrysme. *Gaz. Hôp.*, 30 janvier 1912 (œdème et cyanose).
- SERGENT. — La médiastinite syphilitique; ses rapp. avec l'anévr. de l'aorte. *Presse méd.*, 3 juillet 1912.
- ROQUES. — Les anévr. de l'aorte. Th. Paris, 1913.

